

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

491

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

**Moïse JOSELEWICZ**

*né le 16 Juillet 1907, à Sébastopol (Russie)*

---

**Sur l'ABCÈS DE FIXATION  
en OPHTALMOLOGIE**

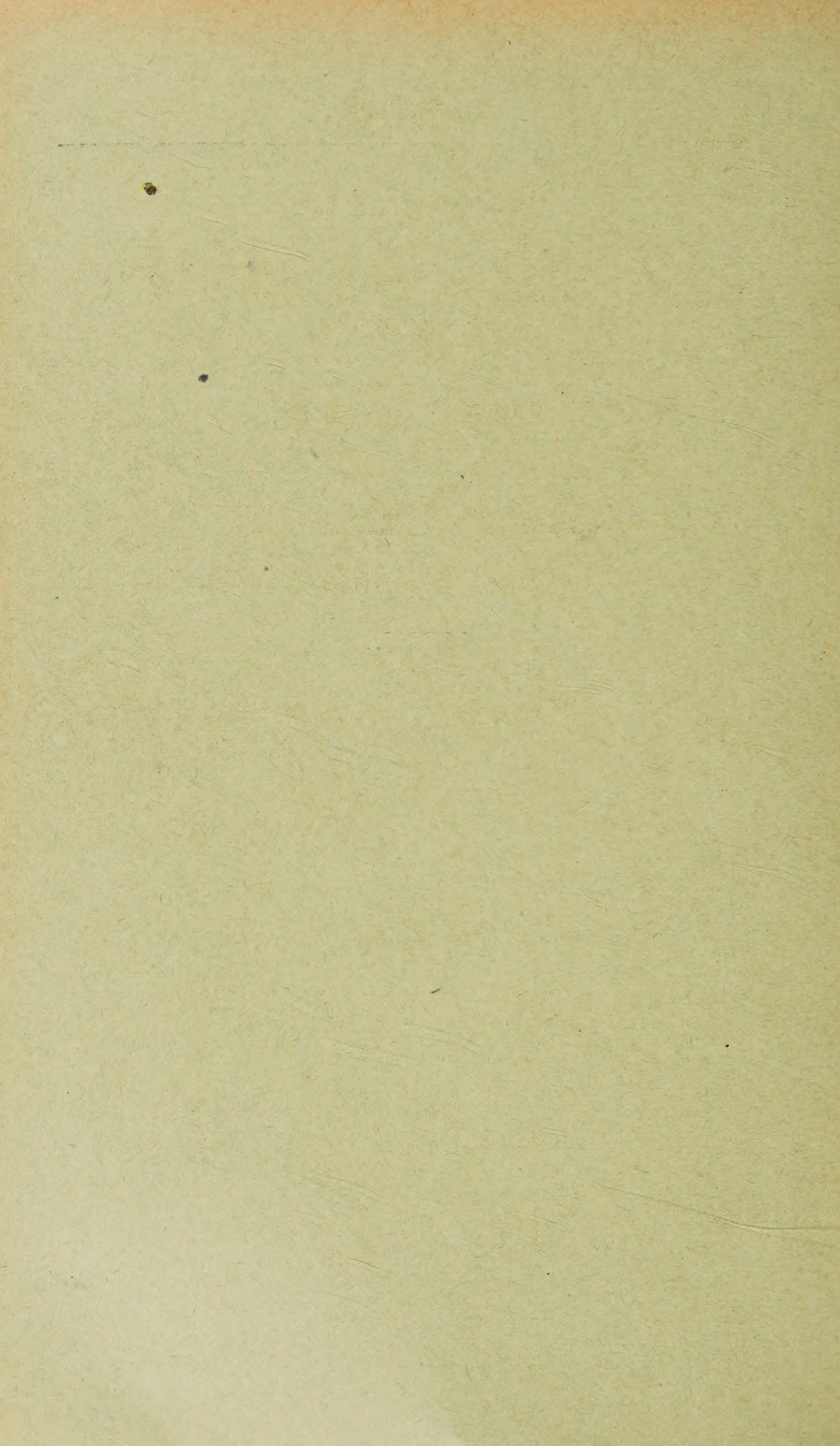
---

Président: M. TERRIEN, Professeur d'Ophtalmologie  
Officier de la Légion d'honneur

Librairie L. RODSTEIN  
17, Rue Cujas, PARIS (V°)

---

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

# THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

**Moïse JOSELEWICZ**

*né le 16 Juillet 1907, à Sébastopol (Russie)*

---

## Sur l'ABCÈS DE FIXATION en OPHTALMOLOGIE

---

Président: M. TERRIEN, Professeur d'Ophtalmologie  
Officier de la Légion d'honneur

Librairie L. RODSTEIN  
17, Rue Cujas, PARIS (V<sup>e</sup>)

---

1935

## LE DOYEN : ROUSSY

### I. — PROFESSEURS

|                                                                     |                   |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                     | <b>MM.</b>        |
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE          |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET        |
| Physique médicale .....                                             | STROHL            |
| Chimie médicale .....                                               | DESGREZ           |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRE      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT            |
| Pathologie médicale et générale .....                               | BAUDOIN           |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | CHEVASSU          |
| Anatomie pathologique .....                                         | ROUSSY            |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU         |
| Thérapeutique .....                                                 | N.                |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON             |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | FIESSINGER        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | Maurice VILLARET  |
| Clinique médicale .....                                             | LOEPER            |
|                                                                     | CARNOT            |
|                                                                     | CLERC             |
|                                                                     | Marcel LABBE      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LEREBOUILLET      |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBECOURT         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... |                   |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | H. CLAUDE         |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GOUGEROT          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | GUILLAIN          |
|                                                                     | LEMIERRE          |
| Clinique chirurgicale .....                                         | CUNEO             |
|                                                                     | GOSSET            |
|                                                                     | GREGOIRE          |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | LENORMANT         |
| Clinique urologique .....                                           | TERRIEN           |
|                                                                     | MARION            |
| Clinique d'accouchements .....                                      | BRINDEAU          |
|                                                                     | COUVELAIRE        |
|                                                                     | JEANNIN           |
| Clinique gynécologique .....                                        | PROUST            |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | OMBREDANNE        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | RATHERY           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | LEMAITRE          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | Pierre DUVAL      |
| Clinique propédeutique .....                                        | SERGEANT          |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    | BEZANÇON          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                | MATHIEU           |
|                                                                     | HOVELACQUE        |
| Professeurs sans chaire .....                                       | MULON             |
|                                                                     | OLIVIER           |
|                                                                     | VERNE             |
|                                                                     | MOCQUOT           |



## II. — AGREGES EN EXERCICE

| MM.              |                          | MM.               |                            |
|------------------|--------------------------|-------------------|----------------------------|
| BENARD Henri ..  | Pathologie médicale.     | LEMAIRE .....     | Pathologie expérimentale.  |
| BERNARD Etienne  | Pathologie médicale.     | LEVEUF .....      | Pathologie chirurgicale.   |
| BOULIN .....     | Pathologie médicale.     | Mlle J. LEVY .... | Pharmacologie.             |
| BULLIARD .....   | Histologie.              | LEVY-VALENSI ..   | Neurologie et Psychiâtrie. |
| CATHALA .....    | Pathologie médicale.     | MOREAU .....      | Pathologie médicale        |
| CHEVALLIER ..... | Pathologie médicale.     | MOULONGUET ..     | Pathologie chirurgicale.   |
| DOGNON .....     | Physique.                | MOUQUIN .....     | Pathologie médicale.       |
| FEY .....        | Urologie.                | OBERLING .....    | Anatomie pathologique.     |
| GALLIARD .....   | Parasitologie.           | PETIT-DUTAILLIS   | Pathologie chirurgicale.   |
| GASTINEL .....   | Bactériologie.           | PIEDELIEVRE ...   | Médecine légale            |
| DE GAUDART       |                          | PORTES .....      | Obstétrique.               |
| D'ALLAINES ...   | Pathologie chirurgicale. | RICHET .....      | Physiologie.               |
| GAYET .....      | Physiologie.             | SANNIE .....      | Chimie biologique.         |
| GIROUD .....     | Histologie.              | SENEQUE .....     | Pathologie chirurgicale.   |
| HAGUENAU .....   | Pathologie médicale.     | TROISIER .....    | Pathologie expérimentale.  |
| HALPHEN .....    | Oto-rhino-laryngologie.  | TURPIN .....      | Pathologie médicale.       |
| HAZARD .....     | Pharmacologie.           | VIGNES .....      | Obstétrique.               |
| HUGUENIN .....   | Anatomie pathologique.   | WILMOTH .....     | Pathologie chirurgicale.   |
| JOANNON .....    | Hygiène.                 |                   |                            |
| LABBE Henri .... | Chimie biologique.       |                   |                            |
| LACOMME .....    | Obstétrique.             |                   |                            |
| LANTUEJOUL ...   | Obstétrique.             |                   |                            |
| LAROCHE Guy ..   | Pathologie médicale.     |                   |                            |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

| MM.             |                          | MM.           |                        |
|-----------------|--------------------------|---------------|------------------------|
| ALGLAVE .....   | Pathologie chirurgicale. | LEROUX .....  | Anatomie pathologique. |
| BUSQUET .....   | Pharmacologie.           | NEVEU-LEMAIRE | Parasitologie.         |
| CHAILLET-BERT . | Physiologie.             | ZIMMERN ..... | Physique.              |

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE  
à titre permanent

| MM.                                 |                      | MM.               |                          |
|-------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------------|
| ABRAMI .....                        | } Clinique médicale. | BASSET .....      | } Clinique chirurgicale. |
| ALAJOUANINE .....                   |                      | BROCQ .....       |                          |
| AUBERTIN .....                      |                      | CADENAT .....     |                          |
| BRULE .....                         |                      | GATELLIER .....   |                          |
| CHABROL .....                       |                      | HEITZ-BOYER ..... |                          |
| CHIRAY .....                        |                      | MOURE .....       |                          |
| DONZELOT .....                      |                      | QUENU .....       |                          |
| DUVOIR .....                        |                      | SCHWARTZ .....    |                          |
| HARVIER .....                       |                      | VELTER .....      |                          |
| LIAN .....                          |                      |                   |                          |
| PASTEUR-<br>VALLERY-<br>RADOT ..... |                      |                   |                          |
| SEZARY .....                        |                      |                   |                          |

MM.

|                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| ECALLE .....     | } Clinique obstétricale. |
| GUENIOT .....    |                          |
| LE LORIER .....  |                          |
| LEVY-SOLAL ..... |                          |
| METZGER .....    |                          |

V. — CHARGES DE COURS

MM.

|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .. | Education physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....      | Radiologie clinique. |
| WEIL-HALLE .....         | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

## A LA MEMOIRE DE MON NOBLE PERE

Nous sommes heureux d'offrir ce modeste travail à sa mémoire, souvenir ému et reconnaissant des sacrifices qu'il s'est imposé pour nous, et dont nous saurons toujours nous montrer digne.

## A LA MEMOIRE DE MA SCEUR

Dont l'image jeune nous accompagnera partout.

## A MA MERE

Qui a eu une seule passion : l'amour de ses enfants ; un seul but : leur succès ; nous offrons ce travail et y joignons toute notre vénération et toute notre gratitude.

AUX AMIS

de notre peu nombreuse famille,

Monsieur Karl NEUMULLER

et Monsieur P. NADEL

Un faible témoignage de notre sympathie  
et de notre gratitude.

A MES AMIS INTIMES

Docteur Francisco VARGAS

Docteur Rudolpho ROSAL

Docteur W. BOROWIC

D. MURGINSKY

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

## A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur TERRIEN

*Professeur de Clinique Ophtalmologique*

*Officier de la Légion d'Honneur*

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

Monsieur E. VELTER

*Professeur agrégé, Ophtalmologiste*

*des Hôpitaux de Paris*

Qui a bien voulu nous guider de ses  
conseils précieux et nous encourager dans  
notre travail.

Notre reconnaissance et nos remerciements.

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

## INTRODUCTION

L'Abcès de Fixation, qui, en thérapeutique générale, a connu une phase d'oubli d'abord, une phase d'exaltation et d'exagération ensuite, n'a point connu autant de succès dans la pratique ophtalmologique. Peu nombreux sont les auteurs, qui s'intéressent à la question.

Ceux pourtant, qui ont osé appliquer cette arme thérapeutique, concluent tous, que l'Abcès de Fixation doit figurer dans l'arsenal thérapeutique. En vain, avons nous recherché des preuves contraires, voulant donner à ce travail un caractère d'objectivité. Nulle part, nous n'avons trouvé des voix la condamnant.

Est-ce par un désintéressement total de la question ?

Nous ne saurions y répondre. Son mode d'action restant inconnu, aussi inconnu que celui de la protéinothérapie, qui connaît pourtant beaucoup plus de succès, il a été démontré, que l'A. de F. peut agir favorablement dans certaines affections oculaires où le lait, par exemple, a échoué et vice-versa.

Nous n'avons nullement la prétention d'élever cette arme thérapeutique au rang des médications spécifiques, nous nous efforcerons seulement de démontrer, que l'A. de

F. peut agir là où la médication spécifique a échoué ou en absence de celle-ci.

Nous nous excusons de ne pas pouvoir apporter des observations personnelles, le peu d'emploi de cette médication dans les Hôpitaux de Paris, nous a rendu cette tâche impossible.

---

## DEFINITION ET HISTORIQUE

Nous nous permettons de commencer notre travail par la définition même du sujet que nous traitons ; c'est la méthode, qui a pour but de provoquer artificiellement à l'aide d'une substance irritante la formation d'une suppuration.

Le grand mérite d'avoir introduit en thérapeutique cette méthode revient à l'Ecole Lyonnaise avec le grand accoucheur Fochier en tête, qui en 1891, à la suite des longues observations, annonce dans un célèbre article, qu'il vient conseiller et indiquer le moyen de provoquer artificiellement la formation d'abcès dans les états infectieux où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations et où ces suppurations traitées chirurgicalement peuvent guérir en contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison de l'état infectieux.

Fochiker avait été frappé par des cas d'infection puerpérale généralisée, s'améliorant soudainement, parallèlement à l'apparition d'une suppuration localisée (abcès du sein, abcès pelvien) et, en particulier, par la vue d'une malade atteinte d'infection puerpérale grave soignée par

des injections de quinine et dont l'état s'améliora rapidement par un abcès provoqué par une de ces injections.

J. Carles, dans sa thèse publiée en 1902, élargit le champ d'action et apporte des preuves d'efficacité de cette méthode en dehors des infections puerpérales — notamment dans les septicémies et intoxications diverses.

A Paris, c'est Netter, qui, le premier, applique l'A. de F. dans l'Encephalite léthartique; c'est lui qui démontre statistique et observations en main, que l'A. de F. constitue la meilleure arme contre cette redoutable affection, il fait également état des résultats heureux, que cette méthode lui a donné dans les complications graves de la grippe, dans les pleurésies purulentes à streptocoques d'origine grippale, dans les méningites suppurées.

Malgré des critiques violentes, menés par certains auteurs avec Comby en tête, tout le monde est actuellement d'accord pour reconnaître les grands services fournis par cette méthode et l'interdiction absolue de se priver d'une pratique qui a bien souvent fait ses preuves.

La question a été passionnément discutée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris et a été non moins passionnément défendue par de nombreux auteurs, tels que Netter, Boidin, Lereboullet, Jacques, Carles de Bordeaux, qui ont montré qu'il ne s'agissait ni d'une méthode inefficace, ni d'une méthode barbare, mais d'une méthode dont les indications doivent être limitées et la technique rigoureuse.

---

## MODE D'ACTION

En pratiquant l'A. de F., Fochier avait pour but de dé-niver les microbes de la poche purulente. En réalité, le mode d'action est beaucoup plus complexe et malheureusement, reste jusqu'à maintenant inconnu.

On a essayé de donner diverses explications :

Les uns, comme Jouin ne voient dans l'essence de térébenthine que des propriétés antiseptiques et oxydants, d'autres ne voient que ses propriétés révulsives, d'autres enfin croient, que l'A. de F. déclanche la production d'une grande quantité des leucocytes jeunes, doués d'une plus grande vitalité, en même temps qu'augmente le pouvoir microbicide normal du sérum sanguin.

Au cours des maladies infectieuses — il se produit une multiplication extrême des leucocytes. Elles sont chargées de fixer les microbes ainsi que leurs toxines — leur excès encombre l'organisme (Cartes) et sont capables de provoquer des poussées congestives et des productions purulentes inattendues. C'est justement au niveau de l'A. de F. que viennent se perdre les leucocytes en surcharge avec les microbes toxines et les déchets dont ils sont porteurs. L'A. de F. réalise donc un important moyen de dérivation.

La question d'absence des microbes (les toxines, on les retrouve) au niveau d'A. de F., s'explique peut-être par le fait qu'il y reste de l'essence de térébenthine, qui a, comme on le sait, des propriétés antiseptiques.

La théorie simple de la phagocytose est séduisante, il nous est pourtant pas permis de considérer l'A. de F. comme un simple procédé de leucocythérapie, vu que la leucopénie est constante. L'action est beaucoup plus complexe et ne peut être assimilée à l'injection d'un corps capable de stimuler la leucocytose, tel le nucléinate de NA (J. Lépine).

En résumé, on doit croire que le mode d'action comprend divers facteurs qui s'intriquent : la déviation, les modifications humorales par les produits de désintégration des leucocytes, l'action de choc eu enfin la « rénovation » leucocytaire.

---

## TECHNIQUES, INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS

### *L'Abcès de Fixation en Ophtalmologie*

L'Abcès de Fixation se montrant d'une efficacité qui n'est plus discutable actuellement, comme mode de traitement, relevant de diverses affections de la pathologie générale, n'a guère connu autant de succès en pratique ophtalmologique.

C'est à van Lint, de Bruxelles, qu'appartient le mérite d'avoir introduit cette arme dans l'arsenal thérapeutique d'ophtalmologie. En France, Terson indique seulement les affections oculaires, susceptibles d'être traitées par cette médication.

Il propose même et il est le seul à l'indiquer, de pratiquer l'Abcès de Fixation, chaque fois que la chose est possible, le plus près de l'œil malade, c. a. d., au niveau de la tempe.

Mais il n'apporte aucune observation pour soutenir ces réflexions. Les affections, qu'il mentionne sont les suivantes : Irido-choroïdites graves, Ophtalmie Sympathique, Phlébites Orbitaires, Névrites rebelles. Il nous est vraiment difficile de se prononcer, ce que vaut cette méthode dans

les phlébites orbitaires ou névrites rebelles, vu que M. Ter-son n'appuie ces indications par aucune observation.

Par ailleurs, c'est à Montpellier, que cette méthode a été employée dans les services des Professeurs Truc et Villard, dont nous apportons une observation.

En Allemagne, Behr, de Munich, s'occupe beaucoup de la question. Il suit une technique un peu différente de celle utilisée dans le monde entier, car il a recours à la solution de Klingmuller, qui est une solution huileuse d'essence de térébenthine à 10 %. Avec la solution de Klingmuller, le dosage chez l'adulte va de 0,50 à 4 cc., même 5 cc. au besoin ; chez l'enfant on donne de 0,10 cc. à 0,50, selon l'âge.

Quant au lieu d'injection, la encore, on retrouve des différences, les uns préconisant la partie moyenne et externe de la cuisse, les autres pratiquent l'injection dans la région fessière, ou même brachiale.

Van Lint estime que l'injection de la même dose sous la peau du ventre, dans le flanc, détermine une douleur moindre, que lorsqu'elle est pratiquée ailleurs.

Sur les doses, le monde entier est d'accord, qu'on peut, sans craintes des accidents, injecter depuis 1/2 cc. chez les enfants (20 injections pratiquées par Hébrard de 0,5 cc. chez des enfants ayant moins de 2 ans), jusqu'à 1 cc. et même 2 cc. dans les cas graves, chez l'adulte.

Quant aux accidents, elles sont rares : Pie et Delove (Bulletin Général de Thérapetique, août 24), qui ont pratiqué plusieurs centaines d'A. de F. n'ont jamais observé le moindre accident et ils affirment que lorsqu'on observe une technique correcte, les inconvénients sont peu à redouter.

L'incision se pratique du sixième au huitième jour ; elle doit être large. La collection purulente est vidée entièrement. Le développement de l'abcès peut être tardif, ne s'annonçant parfois qu'au deuxième jour.

La douleur est atténuée par des enveloppements humides.

La tuberculose, l'anasarque, le diabète, les cirrhoses, un état de défaillance complète de l'organisme, sont autant des contre-indications formelles de l'A. de F.

Si les trois premières injections restent sans effet, il est, en général, inutile de continuer cette médication.

Enfin, nous mentionnerons seulement une méthode consistante à provoquer des abcès sous-conjonctivaux à 1 cm. du limbe cornéen, provoquée par une émulsion de une goutte d'essence de térébenthine, agitée dans 1 cc. du sérum physiologique, méthode qui n'amène que des améliorations insignifiantes.

Chenier est le seul savant qui a étudié cette question au point de vue expérimental, il rapporte le cas suggestif de l'action de cette médication chez une chienne présente ; une inflammation vive de la paupière supérieure, une hypertrophie du globe oculaire avec ulcère de la cornée large et profond, des troubles des humeurs, laquelle ayant reçu une injection de 3 cc. de térébenthine sous la peau du cou — présenta un abcès au niveau du coude — il fut ponctionné et drainé. L'amélioration des processus marche de pair ; l'ulcération se cicatrisa en dernier, mais d'une façon parfaite.

C'est que nous permet d'espérer cette méthode appliquée à la pathologie humaine et c'est ce qui dénote en

même temps sa valeur, c'est que si elle n'amène pas toujours la guérison, elle produit au moins, dans tous les cas, un stade d'arrêt dans l'évolution du mal, stade qui permettra à une thérapeutique étiologique d'exercer son effet curatif.

Nous nous permettrons de reproduire in extenso les observations instructifs de van Lint, célèbre Ophtalmologiste de Bruxelles.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

Le premier cas dans lequel j'ai eu l'occasion de faire un A. de F. remonte au mois de mai 1913. Il s'agissait d'une femme de 46 ans, atteinte à l'œil gauche d'une Iridocho-rôidite avec trouble de la cornée. La vision était réduite à la perception lumineuse. Comme tous les traitements clas-siques avaient été appliqués sans succès, je me crus auto-risé à faire à la malade un A. de F.

J'injectais sous la peau de la région externe de l'avant-bras 1 cc. d'essence de térébenthine. Je fis l'injection à l'avant-bras au lieu de le faire à la cuisse, parce que la malade ne pouvait pas séjourner à la clinique.

Huit jours après, j'incisai l'abcès, qui donna une énorme quantité de pus. Au bout de 15 jours, l'abcès fut complètement cicatrisé. Du côté de l'œil l'amélioration fut rapide et remarquable. Au bout de peu de temps la rou-geur disparut, l'œil s'éclaircit et la malade parvint à compter les doigts à 1 mètre 50.

### OBSERVATION II

En 1915, je soignais une femme de 41 ans qui avait perdu l'œil droit à la suite d'irido-choroïdite, malgré le

traitement habituel et deux iridectomies. Il ne persistait à cet œil que de la perception lumineuse. A peine les phénomènes inflammatoires avaient-ils disparus, que l'œil gauche s'entreprit avec des symptômes analogues à ceux qui s'étaient présentés à l'œil droit.

Cette fois encore le traitement habituel se montra inefficace ; l'inflammation continua à progresser et la vision tomba à 1/6. Je fis alors un A. de F.. Immédiatement les phénomènes inflammatoires s'amendent et la désorganisation de l'œil s'arrêta.

Le Docteur van Lint a également obtenu un succès remarquable dans quatre cas d'Ophtalmie Sympathique ; deux de ces malades reçurent l'injection de térébenthine au moment de l'énucléation de l'œil sympathisant ; les deux autres quelques semaines après l'énucléation, qui n'avait exercé aucune action favorable sur l'évolution de l'ophtalmie sympathique.

Chez tous, les phénomènes s'amendèrent rapidement ; l'iris se dégagea, l'injection périkeratique s'atténua graduellement. Au bout d'une dizaine de jours tout processus aigu avait disparu.

Un cas très impressionnant de l'action favorable de l'A. de F. dans l'ophtalmie sympathique est rapporté par M. Villard, de Montpellier.

### OBSERVATION III (Prof. Villard)

Il s'agit d'un cas d'ophtalmie sympathique, survenu chez un homme de 30 ans, 22 mois après la pénétration d'un corps étranger métallique dans l'œil gauche. Cette

O. S. qui a été guéri d'une façon complète et définitive, a été traitée, en plus de l'énucléation de l'œil gauche et des instillations fréquentes d'atropine dans l'œil droit, par les diverses médications, qui ont été préconisés contre cette redoutable affection ; les émissions sanguines, le salicylate de Na par voie stomacale et par la voie intra-veineuse, les injections I. M. du lait, les injections sous-cutanées et sous-conjonctivales du sérum du malade, guéri de l'O. S., les injections I. V. de cyanure de mercure, de novarsénobenzal, d'électrargol, les injections intra-orbitaires d'électrargol, les abcès de fixation au nombre de 3.

Or, parmi ces nombreuses médications, seuls, les Abcès de Fixation et les injections I. V. d'électrargol, ont donné un résultat favorable. Aussi, l'auteur arrive-t-il à la conclusion, que sans négliger les autres moyens de traitement, qui constituent un adjuvant utile dans le traitement d'une affection aussi grave, on doit surtout tabler sur l'utilisation rapide et simultanée des A. de F. et des injections I. V. d'élechargol pour traiter efficacement une O. S. déclarée.

#### OBSERVATION IV (de van Lint (inéдите))

Mme B. R..., 42 ans (en 1931).

*Septembre 1931* (première visite)

O. G., a eu une première atteinte d'iritis 10 ans auparavant ; à la suite d'une nouvelle inflammation survenue il y a 3 ans, on a enuclée l'œil.

*O. D.*, début de l'inflammation en juillet 1931. A été soigné pour affaiblissement de la vision et sensation de brouillard, notamment par injections de lait. Bonne mydriase par scopolamine. désmetite abondante, tension normale. Vision : compte les doigts à 1 mètre.

Devant la gravité du cas je fais un A. de F. Très grande amélioration ; la vision remonte : c. l. d. à 3 mètres.

*Début 1932.*

Les adhérences iriennes, les troubles du vitré augmentent, la vision diminue ; nouvel abcès qui améliore, ramène la vision à compter les doigts à 3 mètres et éclaircit le vitré.

*Fin 1932.*

Etat satisfaisant, mais des stries radiaires apparaissent dans le cristallin.

*Mars 1933.*

Avec un verre de + 1 d la vision = 1/10.

*Juin 1934.*

Nouvelle récurrence d'uvéïte, 3<sup>e</sup> abcès de fixation. Grande amélioration ; il subsiste un ancien trouble du vitré et une très légère et une très légère désmétite.

*Fin 1934.*

L'état inflammatoire de l'œil reste pour ainsi dire éteint, mais l'opacité cristalinienne ne fait que des progrès. La perception lumineuse est bonne dans tous les sens. Je ferai, malgré tous les risques inhérents l'extraction de la cataracte, quand elle sera mûre.

Pendant ces années de traitement, d'autres médications ont été données : salicylase de NA, atophan, vésicatoires, glande thyroïde, injection de Bi., lugol. Aucun n'a exercé la moindre action.

L'auteur conclut :

« Il m'a paru indubitable que sans l'abcès de fixation, l'œil droit aurait dû être enclée dès 1932, comme on avait dû encléer l'œil gauche en 1928.

\*\*

Je me permettrai encore de mentionner brièvement le cas d'irido-cyclite grave, relaté par MM. Gowland et Calino (dans J. A. M. A. 80, 1923), non amélioré par les injections quotidiennes parentérales du lait, mais qui s'est amélioré dès le lendemain de la première injection de 1 cc. de térébenthine, avec un retour de l'acuité visuelle à 1/10.

La suppuration était profuse et s'accompagnait d'une légère fièvre.

L'incision a eu lieu le troisième jour.

\*\*

Behr, de Munich, qui a pratiqué certainement le plus grand nombre d'A. de F., en pratique ophtalmologique (200 malades), outre les succès obtenus dans les Irido-choroidites, les ophtalmies sympathiques, a essayé cette méthode aussi dans d'autres affections oculaires, avec un succès variable.

Ainsi il a obtenu des bons résultats dans les affections palpébrales, rebelles à toute thérapeutique, et ceci avec autant de succès dans les cas aiguës que chroniques.

Dans un cas de kératite ulcéreuse, cette dernière, restée insensible à l'action du lait, disparut rapidement après l'emploi de la térébenthine.

Cette observation au milieu de beaucoup d'autres, enregistrées par l'auteur, démontre que dans le fond, nos interprétations courantes ne nous expliquent pas bien clairement le processus curatif. Dans les cas graves de blépharite ulcéreuse rebelle, on voit dans beaucoup de cas, la térébenthine intervenir énergiquement et permettre ainsi à la médication classique d'exercer ses effets.

Dans la conjonctivite phlycténulaire, la térébenthine raccourcit la durée de l'affection, dans l'épisclérite, les infiltrations sclérales, le médicament est souvent efficace, mais le plus souvent il n'amène pas à lui seul la guérison, mais facilite la médication usuelle.

Dans trois cas, d'ulcère serpigneux léger, le lait resta sans effet, mais la térébenthine réussit.

Dans les cas plus graves, les deux médications échouèrent.

Le même pronostic convient à l'herpès de la cornée, qui s'améliora quelque peu, mais ne parvint pas à guérir par cette méthode.

L'insuccès est absolu dans la kératite parenchymateuse, le pannus aussi bien scrofuleux, que trachomateux, alors que les ulcérations trachomateuses ont été très favorablement influencées dans deux cas par la térébenthine.

Les insuccès sont fréquents dans l'iritis primaires et secondaires et les affections du corps ciliaire.

Dans son ensemble, Behr se félicite de la supériorité de l'essence de térébenthine sur les injections du lait, qui ont, d'après lui, deux défauts : leur effet n'est jamais sûr, en premier lieu, car en présence des cas identiques, les résultats sont absolument dissemblables. En second lieu, il y a un retentissement sur l'état général, qui est d'autant plus marqué, que la médication a été plus efficace. Les succédanés, destinés à remédier à ces inconvénients se montrent malheureusement peu actifs, du moins, en présence d'affections oculaires. Aussi, l'auteur les a abandonnés. Il a en définitive adopté la térébenthine plus sûre, que le lait dans ses effets et exempt des troubles accessoires locaux ou généraux.

Le seul inconvénient que nous trouvons à cette méthode de l'A. de F., c'est que les malades peuvent parfois refuser cette intervention, non pas par crainte des douleurs (elles sont si minimes), mais parce qu'elle les oblige à garder le lit ou la chambre pendant une dizaine de jours.

Dans les affections générales, où l'utilité de l'abcès de fixation n'est plus guère discutée, le malade est alité lors de l'application de la médication et son état général affaibli lui fait accepter plus facilement toute thérapeutique.

Au contraire, une Irido-Choroïdite grave peut ne pas affecter l'état général, le malade résiste, espérant toujours pouvoir guérir par une médication plus facile et moins ennuyeuse.

---



## CONCLUSIONS

- 1° Lorsque l'indication de l'A. de F. est posée il faut la remplir le plus précocement possible et ne s'adresser qu'à des organismes, capables de réagir, car autrement cette médication produit des effets néfastes ;
- 2° l'A. de F. en Ophtalmologie, ne constitue pas une médication spécifique, elle doit pourtant être essayée dans les affections oculaires graves, comme les Irido-Choroïdites, l'Ophtalmie Sympatique, les Iridocyclites, car elle est capable de donner des résultats, qui dépassent les espoirs ;
- 3° l'A. de F. n'amène pas toujours la guérison définitive, mais produit dans tous les cas un stade d'arrêt de l'évolution du mal, stade qui permettra à une thérapeutique étiologique d'exercer son action curative ;
- 4° dans certains cas, la médication usuelle, appropriée à chaque cas particulier, qui n'amenait aucune amélioration, redevient active après l'emploi de l'A. de F.

Vu : *Le Doyen*,  
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse*,  
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris*,  
S. CHARLETY.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1° *De l'Abcès de Fixation*, par G. Blechman, Concours Médical, 20-3-35.
- 2° Indications, avantages et méfaits des Abcès de Fixation, Bulletin Général de Thérapeutique, août 1924.
- 3° L'Abcès de Fixation dans les Irido-Choroïdites et l'Ophtalmie Sympatique, par le Dr. van Lint (Bruxelles), Archives d'Ophtalmologie 1918-1919.
- 4° Sur l'Abcès de Fixation dans les affections oculaires, par Behr (M. Méd. Woche, 31 août 1923).
- 5° Sur un cas de guérison d'O. S., par M. Villard (Montpellier), Annales d'Oculistique, 1928.
- 6° Traitement d'une affection oculaire, par Abcès de Fixation, par Chenier et Terson (Presse Médicale, Paris 1918, page 672).
- 7° A. Gowland et Callius. — Grave Iridocyclite Cured by fixation abcess, 1923, J. A. M. A. 80, page 1920.

## TABLE DES MATIERES

---

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| Introduction .....                                | 11 |
| Définition et Historique .....                    | 13 |
| Mode d'Action .....                               | 15 |
| Techniques, indications, Contre-indications ..... | 17 |
| Observations .....                                | 21 |
| Conclusions .....                                 | 29 |
| Bibliographie .....                               | 30 |





